

## **Rapport final « santé » des Commissions de surveillance pour 2015 et 2016, adressé au Conseil central de surveillance pénitentiaire pour publication dans son rapport annuel**

Sur les 35 établissements pénitentiaires, 9 ont fourni des données 2015 et 17 des données 2016, 15 n'ont fourni aucun rapport santé sur la période rapportée. Bilan total de 26 rapports santé sur les 70 attendus (couverture de 37%, soit plus d'un tiers).

Les contenus et le détail des informations montrent une très forte hétérogénéité dans leur développement mais des similitudes dans leurs constats.

Cette synthèse des travaux des Commissions de surveillance met en avant les lacunes les plus importantes fréquemment rencontrées. Il y a en effet tant de problèmes à résoudre qu'insister sur ceux qui ont le plus d'impact et qui sont généralisés à la grande majorité, voire l'ensemble des établissements, nous semble plus utile pour les décideurs qu'une liste détaillée des innombrables problèmes observés rapportés par les Commissions.

Le lecteur désireux de prendre connaissance des détails n'hésitera pas à consulter les rapports annuels des CdS ( <http://www.ccs-p-trg.be/fr/commissions> ).

*(2015 : Brugge Ruiselede, Dendermonde, Berkendael, Gent, Lantin, Merksplas, Saint-Gilles, Turnhout)*

*(2016 : Antwerpen, Arlon, Brugge, Dendermonde, Forest, Itre, Lantin, Marche en Famenne, Merksplas, Mons, Nivelles, Oudenaarde, Paifve, Saint-Hubert, Saint-Gilles, Tongeren, Turnhout).*

*(Nihil : Andenne, Beveren, Dinant, Hasselt, Huy-Marneffe, Ieper, Jamioulx, Leuven, Leuze en Hainaut, Mechelen, Namur, Tournai, Wortel-Hoogstraten)*

L'article 88 de la loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus de 2005 établit que « **Le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques** ».

Avant de considérer les problèmes rencontrés, le travail compétent et dévoué des professionnels de santé est évoqué dans la majorité des cas, alors que quasi partout sont signalées des conditions d'exercice difficiles.

Par contre, l'absence de structure et de cohérence qui devrait être le fait de l'action de l'administration centrale, la grande muette, répercute partout ses effets. C'est la raison pour laquelle des questions d'éclaircissement se rapportant aux difficultés constatées lui sont adressées dans ce rapport.

Les infrastructures, malgré leur impact, recueillent peu de remarques directes :

- Les mentions, principalement dans les vieux établissements, portent sur le danger présenté par l'infrastructure, sur les conditions d'hygiène déficientes, la vétusté des bâtiments, l'état du mobilier et des installations sanitaires qui entraînent dermatites, problèmes respiratoires, infections cutanées, etc.
- Autre problème récurrent et fréquent, la propreté comme le renouvellement des essuies, couvertures, draps, oreillers, taies d'oreiller et matelas. La période de grève l'a aggravé temporairement. *Question : l'Administration peut-elle préciser les normes qui prévalent pour le rythme de renouvellement des linges livrés aux détenu(e)s ?*

- En bref, même si la remarque revient chaque année, le cadre de vie doit être grandement amélioré. Pour rappel, la condamnation de la Belgique par la Cour Européenne des Droits de l'Homme le 6 septembre 2016 pour l'état lamentable de ses conditions d'enfermement. Elle dispose de 2 ans pour se mettre en règle.

L'accès aux soins de première ligne est un souci majeur :

- Les délais d'attente entre la demande d'un patient et la consultation sont des plaintes courantes relevées par les Commissions, et cela qu'il s'agisse de médecine générale, et surtout de dentisterie, de psychiatrie ou de kinésithérapie.
- Le délai est systématiquement de plusieurs jours voire de plusieurs semaines ou mois pour les dentistes et kinésithérapeutes, et certainement plus long qu'à l'extérieur
- Si la présence de médecin est généralement quotidienne, leur temps de consultation est très fréquemment insuffisant par rapport aux besoins, et très évidemment par rapport aux demandes. Sont ainsi rapportés des temps de consultation de quatre minutes par patient, voire de deux ! Certaines ne permettent pas une anamnèse digne de ce nom ni un examen physique correctement mené, fût-il élémentaire. Les rapports font état d'une insuffisance généralisée de la présence médecins généralistes. *Qu : comment s'effectue le calcul du nombre d'heures de consultation pour un établissement ? Des heures supplémentaires sont-elles prévues pour les activités médicales hors consultation (formation, réunions de staff, surveillance de l'hygiène, contacts avec la direction) ?*
- Certaines consultations se tiennent inhabituellement tôt dans la journée. Il en résulte une très faible fréquentation et donc de précieux moments de consultation perdus (surtout entre 7 et 8 heures du matin). *Qu : l'Administration a-t-elle prévu des limites matinales et vespérales pour les consultations ordinaires ?*
- Les délais résultent parfois d'une insuffisante prise au sérieux des plaintes par infirmiers et surveillants. Une communication difficile est parfois relevée entre les deux. Des réactions soit tardives soit inadaptées semblent survenir surtout en cas de demande urgente de soins. *Qu : quelle est la part et comment se présente le volet « santé » dans la formation obligatoire de base des agents pénitentiaires ? Qu'est-il prévu pour les infirmier(e)s qui entrent en service ?*
- L'accès aux soins n'est pas continu : absence d'infirmiers sur place durant la nuit pour des soins urgents et en dehors des heures de bureau. Quant aux médecins psychiatres et médecins généralistes, quelle garde assumée en dehors des heures de bureaux ? Il n'y a plus de rôle de garde médicale ni le soir, ni la nuit, ni les WE depuis les restrictions budgétaires. La nuit et les jours fériés, le recours consiste à appeler le médecin de garde local (qui souvent refuse de venir) ou à faire appel au service 112. *Qu : l'Administration peut-elle présenter un tableau de la situation des gardes, par établissement ?*
- En conclusion, il existe un manque objectif de disponibilité et d'effectifs, qui n'est pas dû au manque d'investissement des professionnels.

Les équipes soignantes sont incomplètes, tant en diversité qu'en nombre :

- De façon générale, les prises en charge posent moins de problèmes et génèrent moins de plaintes que les procédures (examens complémentaires ou spécialisés, et les traitements). Ce sont surtout application du traitement et procédures qui posent problème (voir points suivants).

- Les rapports signalent trop de situations de démotivation médicale face aux difficultés excessives, entraînant des suspensions temporaires d'activité, et de possibles démissions.
- Au-delà de l'insuffisance de temps-médecin, la pratique médicale survit entre manque de moyens et décisions arbitraires de la part de l'administration. la budgétisation des soins impose de ne responsabiliser que le prestataire de soins et pas le patient à l'inverse de l'extérieur. Une liste des médicaments a été imposée par l'administration avec l'aval mutique des médecins.. Le temps de consultation impose 6 minutes par patient ou 2h/an/patient, mais beaucoup de consultations sont liées à des plaintes qui semblent futiles et chronophages au praticien.
- La situation des suspensions ou des délais excessifs de paiement d'honoraires des médecins n'est toujours pas réglée de manière définitive, alors que cette situation perdure depuis plus de dix ans. La situation est identique pour tous les prestataires de soins indépendants du Royaume.
- Les équipes de médecine générale comportent des infirmier(e)s, fort souvent intérimaires, donc à coût élevé, générant des coûts et un turn-over importants. *Qu : L'Administration a-t-elle des contacts avec les écoles d'infirmières afin d'insérer un cours de formation en médecine carcérale ? Le seul recrutement par les stages ne suffit pas à remplir le cadre de sélection SELOR.*
- Dermatologues et ophtalmologues, parfois présents, devraient systématiquement seconder le staff de médecine générale, tout comme gynécologues dans les sections femmes. *Qu : l'Administration pénitentiaire pourrait-elle présenter un tableau des médecins spécialistes adjoints au service de médecine générale, par prison ?*
- Il n'existe que peu, dans les services de médecine générale, de psychothérapeutes associés, alors que les besoins sont gigantesques. On constate de nombreuses équipes faisant appel au SPS, dont le rôle est ambigu, en contradiction flagrante avec leurs missions d'évaluation. *Qu : l'Administration pourrait-elle fournir le texte officiel régissant les missions des SPS ? Ne serait-il pas judicieux de transformer le nom « service psycho-social » en « service d'évaluation » ?*
- Il semblerait approprié que des psychiatres fassent obligatoirement partie de l'équipe de base, vu la haute fréquence de problèmes de santé mentale, voire de problèmes psychiatriques dans le cellulaire général. *Qu : quelle est le cadre prévu et quelles sont les interventions attendues des psychiatres dans le cellulaire général, hors annexe ? Dans quelle proportion le cadre est-il rempli ?*
- Les kinésithérapeutes sont eux aussi trop peu staffés par rapport aux besoins.
- Enfin, les assistants sociaux sont curieusement absents de ces équipes de première ligne, contrastant avec les besoins liés au profil des détenus.
- Les rapports mentionnent de trop fréquents refus de délivrer des certificats médicaux, principalement pour constats de coups et blessures. *Qu : l'Administration pénitentiaire met-elle à disposition des médecins des formulaires-type pour constats de coups et blessures ?*
- L'attitude de certains membres du personnel soignant, quelques infirmiers et quelques médecins, est critiquée par de nombreux détenus. Autoritaires, sans respect pour la confidentialité, manquant de compassion comme d'empathie, contre lesquels les plaintes s'accumulent de toutes parts, y compris de leurs collègues, et souvent connus de l'Administration, sans le moindre effet. *Qu : Qui traite et comment sont traitées les plaintes qui concernent les personnels de santé ?*

Les traitements font l'objet des remarques suivantes :

- Il est difficile d'avoir une vue générale sur l'activité des services médicaux. *Qu :* *Existe-t-il au niveau central des informations à ce sujet ?*
- La différence de normes des prestations de santé entre Justice et Santé est incompréhensible et contraire aux règles de l'éthique. *Qu. :* *Comment expliquer par exemple la différence de personnel par lit entre annexes psychiatriques et unités psychiatriques hospitalières ?*
- La non-observance par le personnel de surveillance des prescrits médicaux ne devrait pas survenir. Par exemple, pour raison médicale, un régime indispensable, une adaptation du régime de douches ou un changement de literie.
- Les détenus semblent recevoir beaucoup trop souvent de produits tranquillisants, hypnotiques et autres psychotropes. *Qu :* *l'Administration pourrait-elle fournir les volumes annuels globaux des différents psychotropes délivrés aux détenus, hors annexes psychiatriques ?*
- Certaines sections accueillant des bébés en post-natal ne comportent pas d'infirmière ONE. *Qu :* *L'Administration pénitentiaire pourrait-elle fournir un tableau de la situation pour les établissements concernés ?*
- La prise en charge des substitutions aux usages d'opiacés, surtout dans les cas où elle est rapidement dégressive, pose question. *Qu :* *Quelles sont les normes de bonne pratique en vigueur dans les prisons ?*
- Certaines infirmeries ne sont plus ouvertes que de 11 à 15 heures, limitant l'accès aux soins et à la prise de méthadone. *Qu :* *Quels sont les critères et les normes dans ce domaine ?*
- L'information des surveillants quant aux besoins de certaines pathologies (diabète, mal. infectieuses, etc) est insuffisante et présente des risques pour les détenus. *Qu :* *Quelles informations à ce propos font-elles partie de leur formation initiale ?*
- La distribution des médicaments, surtout par les personnels de surveillance, semble parfois manquer de contrôle suffisamment rigoureux. Hormis la méthadone, les médicaments sont distribués le soir par des agents, dans des boîtes généralement fermées. Cette tâche ne doit pas nécessairement être effectuée par des professionnels de la santé (la situation est comparable aux maisons de repos) et il n'y a pas d'observation négative à ce sujet. Toutefois, on peut se poser la même question que dans les précédents rapports : est-ce au personnel non qualifié de vérifier sur place la prise de médicaments compte tenu des problèmes individuels qui peuvent se poser ? *Qu :* *Comment l'Administration envisage-t-elle la responsabilité des professionnels du soin en pareil cas ?*

Les problèmes psychiques sont un souci majeur :

- Les problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique constituent la charge la plus lourde à laquelle sont confrontés tant soignants que personnels de surveillance. Il en est ainsi partout, et les réponses sont totalement insuffisantes. Les problèmes d'assuétude ou de consommation excessive, très fréquents, qui y sont associés ou non sont très difficiles à gérer, notamment vu l'environnement de la détention, le stress et l'ennui associés, et le désir d'échapper à la réalité quotidienne de l'enfermement et de la promiscuité.

- Il y a parmi les détenus, hors internés, énormément de problèmes psychologiques ou psychiatriques. Au moins la moitié des consultations concernent des problèmes d'ordre psychologique (sommeil, dépression, anxiété), ainsi que les problématiques de consommation de psychotropes (entre autres cannabis, anabolisants, etc.)
- les médecins généralistes de l'équipe soignante tentent parfois d'assurer ce soutien psychologique, par définition chronophage. Le soutien psy de service externe demande en certains endroits des délais d'attente de un à deux ans. *Qu : le service dit « psycho-social » est un service d'évaluation. Si certains membres du SPS devaient offrir du soin, ne serait-il pas judicieux de les intégrer clairement à l'équipe de médecine générale ?*
- L'insuffisance de psychiatres est criante, et ces problématiques de santé mentale retiennent trop peu l'attention des surveillants. *Qu : Comment les normes d'encadrement sont-elles calculées par l'Administration ?*
- Les besoins en soins psychiatriques, dont les problèmes d'assuétude, augmentent. Le nombre de patients souffrant de pathologies psychiatriques au sens large (environ un détenu sur quatre d'après les psychiatres) dépasse de loin les capacités de prise en charge. Une aile « santé mentale » hors annexe pourrait constituer une partie de la solution.
- aucun outil d'évaluation du risque suicidaire n'est utilisé systématiquement à l'entrée des détenus (ce qui est interpellant pour les cas de détenus ayant un passé psychiatrique ou de tentative de suicide connu), ni à aucun moment de leur incarcération. *Qu : l'Administration propose-t-elle des guidelines d'évaluation du risque suicidaire ?*
- La prise en charge des tentatives de suicide devrait être mieux considérée, éventuellement en conjonction avec le SSM local. La réaction de la prison est généralement de mettre le détenu qui a commis une tentative de suicide dans une cellule d'isolement, voire parfois au cachot, une réponse inappropriée. *Qu : l'Administration propose-t-elle des guidelines de prise en charge des tentatives de suicide ?*
- Nombre de détenus communs avec des problèmes psy peuvent rester longtemps sans attention. Ces détenus ne peuvent être internés bien entendu, mais pas non plus placés en aile psychiatrique. On peut demander l'isolement mais cela dépend plus souvent de la direction, et le psychiatre n'est pas nécessairement prévenu.

Les problèmes dentaires sont mal évalués et organisés :

- L'offre de soins de dentisterie est insuffisante par rapport aux besoins. De plus, en l'absence d'évaluation à l'entrée de la fréquence, de la gravité et de l'urgence de l'état dentaire des détenus, la planification correcte des soins fait défaut entraînant un engorgement perpétuel du service et l'insatisfaction des patients. *Qu : l'Administration propose-t-elle des outils d'évaluation de l'état dentaire et du rang d'urgence d'intervention lors de l'examen d'admission ?*
- Les délais sont fort longs et de durée excessive (deux mois) avant de pouvoir être soigné par le dentiste. Le cadre n'est pas rempli depuis plusieurs mois dans certains établissements, faute de candidat dentiste et en raison du mode de financement.
- L'organisation des ces soins est complexe, la grève n'a rien arrangé, car, si les médecins pouvaient, - persévérants- aller soigner les patients en cellulaire ce n'était évidemment pas possible pour le dentiste.

Les conditions d'internement sont alarmantes :

- Dans la problématique des soins psychiatriques en milieu carcéral. Deux logiques s'affrontent : celle du soin et celle de l'enfermement.
- La question se pose, naturellement, du traitement des internés dans les prisons, qu'ils soient dans les annexes mais aussi en-dehors. On retrouve souvent plusieurs dizaines d'internés placés hors annexe, dans le cellulaire général. *Qu : y a-t-il des critères qui président à ces attributions ?*
- On note une insuffisance marquée du nombre de psychiatres soins comparé à un établissement psychiatrique conventionnel. Les normes de santé publique pour un hôpital psychiatrique prévoient un temps plein (24 h/ sem) pour 60 résidents.
- La création de 860 nouvelles places annoncée en mai 2016 dans le Masterplan de Maggie De Block et de Koen Geens, est réduite à 560 (180 internés à Anvers et de 270 internés à Gand) .
- Les commissions observent la diminution de psychiatres suite à des démissions ou à la rupture de contrat entre la direction médicale de l'Administration et la direction de la psychiatrie hospitalière. *Qu : comment le psychiatre de l'Administration pénitentiaire peut-il expliquer cette situation ?*
- D'autres éléments influencent péjorativement l'activité « soins », de nombreux nouveaux agents qui n'ont pas été formés, un manque d'activités et d'encadrement thérapeutique personnalisé pour les internés. Si la thérapeutique médicale est appliquée, la thérapeutique éducative est quasi absente, les chambres d'isolement sont inadaptées aux soins psychiatriques modernes, ainsi qu'un manque flagrant d'éducateurs pour l'organisation des sorties. Les commissions ont constaté l'importance que la commission de défense accorde aux sorties en groupe avant d'octroyer des sorties accompagnées puis des permissions de week-ends. En conséquence, un délai de 3 ans d'attente est nécessaire pour le transfert en défense sociale.
- Suite à ces difficultés s'ensuit un manque de contacts des psychiatres, psychologues et des assistants sociaux avec les familles.
- Quant aux femmes internées, elles sont mélangées aux autres détenues, par manque d'annexes psychiatriques spécifiques. Pas d'espace dédié, pas de personnel formé non plus. Il en est d'ailleurs de même pour les non-internées souffrant de problèmes mentaux graves.
- Par ailleurs, d'autres observations sur les annexes ont été constatées par les Commissions : le cadre de vie des annexes est peu accueillant, ce qui n'est pas favorable à un bon rétablissement, et les lieux sont tristes et déprimants. Certaines chambres sont munies d'un WC central entre le frigo et la table.
- Ou encore : le côté sécuritaire domine de fait sur les soins, pour preuve l'absence du personnel médical (médecins) lors d'une injection forcée, ou encore le placement des internés en cellule d'isolement sans avis du psychiatre traitant.

Les rendez-vous externes ou spécialisés sont compliqués :

- La proportion d'annulation et de report est très élevée.

- Les patients ne sont pas clairement informés des rendez-vous externes ou spécialisés. Temps d'attente, type de soins ou d'examen ne souffrent aucune comparaison avec ceux de la population générale.
- Les entorses à la confidentialité sont fréquemment rapportées lors des consultations externes, tout comme dans les chambres CMC à plusieurs lits. *Qu : l'Administration a-t-elle édictée des règles claires pour les agents de surveillance ? Ces règles sont-elles connues des soignants ?*
- La réalisation d'un IRM ou de n'importe quel examen ou traitement spécialisé en externe tient de l'exploit. Les rendez-vous font déjà l'objet de délais assez longs, mais, quand obtenu, il arrive souvent que l'extraction du détenu, pour réaliser son examen, ne puisse pas se faire suite à un manque de personnel pour l'extraction ou toute autre raison et c'est alors un nouveau rendez-vous qui doit être pris. Il s'ensuit de nouveaux délais et la possibilité de nouveaux reports. Cela rend les diagnostics et les suivis médicaux fort aléatoires. On assiste dans ces cas à une réelle maltraitance des détenus et des médecins qui sont alors trop limités dans leurs possibilités diagnostiques ou thérapeutiques. Les risques sur la santé des patients sont réels.
- Il faut faire face à des spécialistes qui choisissent parfois de se désister suite à une rupture unilatérale en accord avec leur hiérarchie. Il existe de manière générale une grande difficulté à recruter des spécialistes en raison des conditions de travail : craintes d'agression, honoraires jugés insuffisants et aléatoires, difficultés structurelles de fonctionnement.
- Par manque de personnel, des hospitalisations de nouveaux-nés sont effectuées sans la maman. *Qu : l'Administration est-elle mise au courant de telles situations ? Comment a-t-elle réagi ?*
- Pour les problèmes fréquents d'extraction pour raisons médicales, la situation semble à nouveau résulter d'un manque d'effectifs, suite aux récentes restrictions budgétaires, ainsi que d'un manque de collaboration avec le corps de police et les services privés (ambulances, etc.) chargés d'assurer le transport des personnes détenues dont l'état de santé le nécessite.

Des soins différents à l'approche ou lors de la sortie :

- Les refus de soins en raison d'une libération prochaine ou l'achèvement de soins entamés avant l'incarcération ont fait l'objet de nombreuses plaintes, liées aux prises en charge différentes des soins prestés (Justice vs Santé).
- On semble rencontrer des refus d'opération nécessaire en raison du coût (même si assuré en ordre INAMI, et certaines prestations ne sont pas permises pendant ladétention, sauf dans les cas suivants (congé pénitentiaire, interruption de peine, le temps d'une surveillance électronique, etc.<sup>o</sup>).  
Lors d'une permission de sortie, la peine de privation de liberté n'est pas suspendue, le condamné dépend pour ses frais du Ministère de la Justice et n'a pas droit aux prestations de l'assurance maladie obligatoire.
- Le transfert des dossiers vers les médecins traitants n'est pas systématique.
- De nombreux détenus se plaignent d'un changement de médication suite à leur transfert. Il conviendrait de toute façon de délivrer les médicaments prescrits pour une semaine de traitement, le temps d'expliquer et de justifier pareille attitude (sauf stupéfiants ou exceptions).

- Il conviendrait de faciliter la communication des médecins de la prison avec les médecins extérieurs. Certains détenus, lors de permission de sortie, consultent leur médecin privé et le transfert des données médicales est souvent lacunaire, voire inexistant. La question de suivi de traitements et de dossiers médicaux entre les services médicaux des autres prisons, avec les médecins externes, avant, pendant et après la détention, mériterait d'être approfondie.
- *Qu générale : Quelles sont les actions concrètes engagées par l'Administration pénitentiaire pour remédier à ces diverses difficultés ?*

Les formations doivent devenir effectives :

- La formation des soignants aux spécificités de la pratique en milieu carcéral fait défaut. *Qu : quel était le plan de formation pour le personnel de santé prévu par l'Administration en 2016 ?*
- On rapporte ici et là des documents issus de groupes de travail sur tel ou tel groupe ou problème (suicides, médicaments, isolement) qui n'ont pas l'air d'être communiqués de façon large à l'ensemble des médecins ou des professionnels de santé.
- La formation pluridisciplinaire et le soutien au travail d'équipe sont inexistantes, en dehors d'initiatives locales individuelles.

Les soins seraient facilités par les mesures suivantes :

- Des difficultés de communication surviennent souvent lors des examens/anamnèses. Les possibilités d'avoir recours à de l'interprétariat professionnel sont rares, malgré les besoins évidents. Le recours, souvent d'application, à un détenu de la même origine ou à un membre du personnel est évidemment impropre et met à mal la confidentialité. *Qu : vu le pourcentage de détenus étrangers dans les établissements, quelles sont les mesures prises par l'Administration pour pourvoir aux besoins d'interprétariat des services médicaux ?*
- L'amélioration des conditions d'hygiène, de salubrité et de régime alimentaire favoriserait l'état des malades (surtout les diabétiques, les infectieux, les chroniques et les grabataires notamment) et préviendrait d'ailleurs nombre de problèmes pour l'ensemble, y compris le personnel de surveillance.
- La distribution des médicaments par le personnel de santé plutôt que par les agents aurait l'avantage de multiplier les contacts entre soignants et patients, améliorerait les suivis et diminuerait probablement les demandes de consultation pour de simples questions d'information.
- Les animations et activités de tout type, très insuffisantes dans la plupart des établissements et particulièrement en maison d'arrêt, et parfois suspendues pendant de nombreux mois, devraient être organisées pour leur impact positif sur la santé, notamment l'état psychologique, et très certainement sur les demandes de consultation médicale « à défaut de rester enfermé 22 heures sur 24 en cellule ». *Qu : comment et à quelle fréquence s'effectuent concrètement les coordinations entre niveau fédéral et communautaire pour faciliter/améliorer ces situations ?*
- La grève de mai 2016 a rendu les conditions invivables pour les détenus, et dangereuses médicalement pour plusieurs d'entre eux. La suspension des visites et

donc des principaux contacts sociaux, est un des facteurs qui pèse le plus sur l'état mental des détenus.

- Des sanctions disciplinaires sont trop souvent prises sans considération de l'état médical des détenus, d'où les décisions du Conseil d'Etat qui a annulé des décisions disciplinaires particulièrement dégradantes (voir CE 22 juillet 2014, n°228.097 (détenu atteint de sclérose en plaques) ; CE 8 octobre 2014, n°228.710 (détenu atteint de la maladie de Parkinson)).

Le contrôle des soins :

- Globalement les médecins des Commissions de surveillance ont reçu un bon accueil des équipes soignantes, et une volonté de trouver des solutions aux problèmes soulevés.
- La décision de l'Ordre quant à la consultation du dossier par le médecin de la CdS devrait être automatiquement prévue pour trois mois et non un seul, le follow-up étant très souvent indispensable et dépassant le mois. *Qu : est-il possible d'étendre partout la période de un à trois mois ?*
- Certains dossiers médicaux examinés sont très pauvres quant aux données d'anamnèse, d'examen clinique et de diagnostic, avec certains oublis de mention du traitement. Le droit à la consultation du contenu du dossier médical, même résumé, ne satisfait pas au principe de la loi de base (art. 88).
- Certains médecins de commission ont rencontré des difficultés de consultation du dossier médical (horaires ne convenant systématiquement pas, manque de temps de l'infirmière, etc.)

Conclusion :

Malgré les pénuries importantes constatées, pour motif de restriction budgétaire, l'enveloppe des soins de santé en prison passe de 39 millions en 2014 à 25 millions en 2016, pour un budget prison total de 500 millions.

La situation des soins de santé est insatisfaisante, faute de moyens, de cohérence et de leadership. Elle s'est vue fortement aggravée cet été par la rationalisation, la réduction du personnel pénitentiaire, du personnel infirmier et par la démission de plusieurs psychiatres. Les libérations provisoires pour raison médicale sont trop peu nombreuses, de même que les transferts des internés vers des centres de psychiatrie légale. Les délais de consultation sont trop longs, les suivis des pathologies et les extractions médicales sont trop limités.

Les soins des détenus doivent être confiés sans plus attendre au ministère de la Santé plutôt qu'au SPF justice comme le recommande le Conseil de l'Europe depuis 1998 dans sa Recommandation No R (98) 7 (§12) et le réaffirme en 2006 dans sa Recommandation No R (2006) 2 (§40.1) sur les Règles pénitentiaires européennes.

En conséquence, le transfert des soins de santé en milieu carcéral au Ministère de la Santé ainsi que des mécanismes appropriés permettant les soins pour des personnes privées de liberté est jugé par tous **EVIDENT, URGENT** et **INDISPENSABLE**.

Les interventions des entités fédérées, tant sur les déterminants de la santé que sur les soins méritent plus d'investissements, d'efforts et de coordination.

---